

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

156

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PYONÉPHROSES

PAR

Gustave BUCHARD

Président : M. LETULLE, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

156

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PYONÉPHROSES



PAR

Gustave BUCHARD

Président : M. LETULLE, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants	DUPRE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER
Clinique des maladies contagieuses	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FISSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	HEITZ-BOYER	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	JOYEUX	MATHIEU	TANON
CHIRAY	LABB HENRI	METZGER	TERRIEN
CLERC	LAIGNEL-LAVAS-	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	TINE	MULON	VILLARET
DESMAREST		OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de très profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE GEORGES BUCHARD

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

*de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Rouen
et de Paris*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Contribution à l'étude clinique des Pyonéphroses

Dans ces premières lignes, nous tenons à exprimer notre très vive gratitude à M. le Prof^r LETULLE, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement notre ami, M. le D^r L. HUFNAGEL, qui a mis à notre disposition de très intéressants documents, et aux conseils éclairés de qui nous avons eu recours si souvent.

HISTORIQUE

Sous le nom de pyonéphrose, on comprend la rétention de pus dans le bassinet et le rein. La suppuration peut, ou précéder l'apparition de l'obstacle qui s'oppose à l'élimination de l'urine, ou bien lui faire suite. Dans le premier cas, il s'agit de pyonéphrose proprement dite ; dans le second cas, c'est l'uropyonéphrose.

Cette dernière a été considérée pendant longtemps comme une rareté. M. Gosset a montré qu'elle est relativement fréquente. Il a prouvé expérimentalement la possibilité pour une uronéphrose d'être infectée secondairement, et de nombreux exemples cliniques confirment ses expériences.

La pathogénie et l'anatomie pathologique des pyonéphroses sont actuellement parfaitement connues, grâce aux travaux de RAYER, HALLÉ, ALBARRAN, REBLAUD, M. Gosset. A la voie d'infection ascendante, voie vésicale et urétérale de RAYER et HALLÉ ; ALBARRAN a ajouté une autre voie d'infection aussi importante et aussi fréquente, si ce n'est plus : « la voie sanguine ou descendante d'Albarran ».

M. GOSSET, en 1900, dans sa thèse, a précisé les conditions dans lesquelles se font les rétentions purulentes du rein, c'est-à-dire le point de départ de l'infection, et les causes qui localisent cette infection au niveau du rein.

Le point de départ de l'infection peut être une lésion de l'appareil intestinal. POSNER l'a montré expérimentalement : une ligature maintenue sur le rectum pendant quelques heures permet de constater le passage du *Bacterium coli commune* par les reins. Pour que des microbes soient amenés au rein par la voie sanguine, il n'est pas nécessaire que la lésion de l'intestin soit importante : selon HEUBNER, une simple constipation chronique suffit.

HEUBNER, BAGINSKI, FINKELSTEIN et ROVSING ont signalé de nombreux cas cliniques d'infection du rein à la suite d'allération et de mauvais fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal. Des lésions de l'appareil génital, de même qu'une affection générale dont le microbe possède des propriétés pyogènes, peuvent également servir de point de départ à une infection descendante du rein.

Mais une infection générale, une infection localisée dans un point de l'économie, ne peuvent, à elles seules, causer une pyonéphrose.

Les microbes partis du foyer initial peuvent traverser le rein sans le léser. La bactériurie a été expérimentalement réalisée chez les animaux et a été démontrée cliniquement chez l'homme (ENRIQUEZ).

Il faut donc des conditions spéciales pour que les microbes s'arrêtent dans le rein et y déterminent des lésions. Ces conditions peuvent être réalisées à la faveur

des états pathologiques particuliers du rein, tels que l'hydronéphrose, la lithiasè rénale, le traumatisme, la tumeur. Expérimentalement, M. GOSSET a montré que le facteur décisif est la rétention d'urine, dont l'importance a déjà été démontrée par BAZY pour la vessie.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans cette étude, nous nous proposons d'analyser la valeur clinique des symptômes les plus importants des pyonéphroses, non pas dans les formes classiques, mais dans les formes anormales, latentes. Nous rapportons quatre observations, dont une inédite, due à l'obligeance de MM. BERGÉ et HUFNAGEL. Ces cas de pyonéphrose présentent, nous semble-t-il, un certain intérêt, puisque, par leur symptomatologie anormale, le diagnostic fut rendu très difficile ou même impossible. De l'analyse comparée des symptômes dans les cas que nous citons, nous tirerons des conclusions d'intérêt pratique pour le diagnostic.

Au point de vue clinique, la symptomatologie des pyonéphroses tire sa signification du degré de l'infection, d'abord, de l'obstruction urétérale plus ou moins intense, ensuite. Trois syndromes peuvent, soit coexister, soit se révéler chacun indépendamment, à l'exclusion des deux autres. Ce sont : *un syndrome urinaire*, le plus important, puisque, obligeant à un examen particulier et spécialisé du rein, il permet le diagnostic ; puis, un syndrome dû à

l'existence d'une *tumeur rénale* ; à ce syndrome on peut ajouter un *symptôme douleur*, inconstant, mais d'importance souvent capitale, croyons-nous, pour établir le diagnostic ; enfin un *syndrome infectieux* général.

On conçoit ainsi qu'à côté des cas classiques, où le diagnostic d'une pyonéphrose s'impose, il peut en exister d'autres où la pyonéphrose, évoluant d'une façon latente et ne se révélant que par un seul signe, peut causer de nombreuses erreurs de diagnostic, erreurs qui ne sont souvent constatées que sur la table d'opération.

Il y a lieu de distinguer tout d'abord, au point de vue clinique, la pyonéphrose ouverte, c'est-à-dire la pyonéphrose où l'uretère n'est pas complètement obstrué, et la pyonéphrose fermée, où la rétention est parfaite, et où rien, dans les urines, ne décèle l'existence d'une pyonéphrose.

A ces deux formes, il faut ajouter une troisième forme, mixte, où la rétention complète est suivie de débâcles purulentes dans les urines. Il est classique de dire que, lorsque la poche rénale cesse de communiquer avec la vessie, par l'intermédiaire du canal urétéral, le syndrome infectieux s'accroît, des symptômes de toxi-infection générale apparaissent : vomissements, fièvre élevée, langue sèche ; ces symptômes s'amendent au contraire : la température baisse, la langue redevient humide, quand la débâcle purulente urinaire se produit.

Le syndrome urinaire se résume dans le signe cardinal : « la polyurie trouble de Guyon ». Pour peu qu'elle coïncide avec une augmentation de volume du rein, et quelle

que soit l'intensité d'autres signes de pyonéphrose (douleurs, syndrome infectieux), elle permet de faire le diagnostic, qu'un examen méthodique du rein (cysto et urétéroscopie, aidées de la radiographie) permettra de préciser davantage.

Mais ce signe, lié à la perméabilité urétérale, peut manquer totalement, et c'est surtout dans le cas d'uronéphrose infectée secondairement que la chose peut s'observer. Dans le cas de MM. BERGÉ et HUFNAGEL, il s'agissait d'une pyonéphrose calculeuse et aucun signe anormal n'a jamais été observé du côté des urines. Dans ce cas, certainement, il s'agissait primitivement d'uronéphrose infectée secondairement. La lithiase rénale avec gros calculs découverte pendant l'opération existait certainement depuis beaucoup plus longtemps que la période apparente de la maladie, à peine vieille de trois mois.

L'observation de DARTIGUES est à rapprocher de celle de MM. BERGÉ et HUFNAGEL, à maints points de vue et surtout en ce qui concerne l'absence de syndrome urinaire. Le diagnostic d'hydronéphrose dans un rein mobile fut discuté, mais abandonné ; il y avait bien, dit DARTIGUES, oligurie les deux premiers jours, mais pas de crise urinaire, pas de ballotement rénal, *pas d'antécédents urinaires*.

La malade, âgée de 55 ans, a vu apparaître sa tumeur à l'âge de 15 ans, et à cette époque, selon MARJOLIN, qui a examiné la malade, il s'agissait d'une tumeur « au milieu des intestins ». Cependant, le diagnostic de kyste du mésentère fut également éliminé ; c'est au diagnos-

tic de kyste hydatique suppuré qu'on s'est arrêté, à cause de l'intensité des phénomènes généraux joints à un signe particulier : le dégoût pour les substances grasses, et à cause des signes physiques d'une tumeur liquide. Le cas de DARTIGUES et celui de MM. BERGÉ et HUFNAGEL présentent de grandes analogies, Dans les deux cas, il s'agit de pyonéphrose fermée, consécutive à une uronéphrose ; dans les deux cas *absence totale de passé urinaire* ; pas la plus petite trace de pus dans les urines n'a pu être constatée à aucun moment. Peu importe la différence du diagnostic posé dans ces deux cas, différence expliquée d'ailleurs par la présence des autres symptômes.

DOULEUR. — Nous nous occuperons ici de ce symptôme, car sa valeur nous a paru être particulièrement grande dans les cas où le syndrome urinaire se trouvait être en défaut. C'est un signe évidemment inconstant, mais, quand il existe, il peut mettre sur la voie du diagnostic. La douleur peut affecter la forme de colique néphrétique et alors, évidemment, sa signification est apparente. Mais, même légère, même insignifiante, elle peut mettre sur la bonne piste. Dans le cas de MIGNON, le jeune soldat eut quelques douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs étaient si légères qu'il ne jugea pas à propos de se présenter à la visite médicale. Dans le cas de MM. BERGÉ et HUFNAGEL, il y eut, au début, un accès de douleurs lombaires avec irradiations au pli de l'aîne.

Dans les pyonéphroses fermées, (quand le syndrome

urinaire est absent), où on pense souvent à toute autre affection abdominale : kyste hydatique suppuré, appendicite aiguë, kyste du mésentère, la douleur, avec ses caractères propres : siège, irradiations, aura une grande valeur. Cette douleur d'origine rénale devrait être recherchée minutieusement dans tous cas douteux, et presque au même titre qu'est recherchée la douleur de l'appendicite. La recherche des « points douloureux de Guyon, de Bazy », pourra être alors d'une grande utilité. Elle ne suffira certes pas à faire le diagnostic, mais elle orientera le clinicien vers l'exploration de la vessie, de l'uretère, laquelle dissipera tout doute.

TUMEUR. — Dans les cas difficiles, la tumeur d'une pyonéphrose peut donner le change. Nous n'avons pas en vue les cas classiques où les caractères de la tumeur rénale sont d'une netteté schématique : siégeant dans un des flancs, la tumeur ballote à l'exploration bimanuelle ; elle présente le contact lombaire ; elle est mobile avec les mouvements respiratoires, et, au-devant d'elle, on trouve la sonorité colique. Le volume de la pyonéphrose, les adhérences aux organes avoisinants, le siège anormal du rein en cas d'ectopie peuvent modifier totalement ces caractères. Dans le cas de DARTIGUES, elle a fait penser à un kyste hydatique suppuré ; dans le cas de MM. BERGÉ et HUFNAGEL, on l'a prise pour un kyste du mésentère ; dans le cas de MIGNON on l'attribua à une appendicite.

M. TUFFIER, M. LEGUEU, et d'autres, signalent le siège para-ombilical des pyonéphroses ainsi que les fréquentes

surprises opératoires. On conçoit les difficultés du diagnostic quand la tumeur résume presque toute la symptomatologie, comme c'est le cas dans l'observation de MM. BERGÉ et HUFNAGEL. L'erreur ne peut être évitée que si l'on soupçonne *de parti pris* la possibilité de l'origine rénale de toute tumeur abdominale dont la nature présente le moindre doute. Alors l'exploration rénale, sur laquelle insiste à juste titre M. LEGUEU, tranchera la question, surtout si on trouve dans les antécédents du malade la notion de douleurs caractéristiques.

SYNDROME INFECTIEUX. — Il n'a de valeur au point de vue diagnostic que s'il est accompagné de signes d'ordre rénal et, surtout, de pyurie. Seul, ou même accompagné de tumeur, il ne peut qu'égarer le diagnostic. La comparaison des observations que nous relatons est particulièrement instructive à ce point de vue.

Dans l'observation de SOULIGOUX et FOSSARD, le syndrome toxi-infectieux simulait l'occlusion intestinale aiguë et le diagnostic ne fut enfin porté que grâce à la pyurie. Dans le cas de MIGNON, le premier diagnostic fut celui d'appendicite et ce n'est que plus tard, à l'apparition de l'odeur *sui generis* dans le pus de la plaie opératoire, qu'on a été orienté vers le rein. Dans l'observation de MM. BERGÉ et HUFNAGEL, le syndrome infectieux général manquait totalement et l'absence de pyurie éloignait de toute idée de pyonéphrose.

La pathogénie des pyonéphroses telle qu'elle ressort des travaux d'ALBARRAN, REBLAUB, ROVSING, GOSSET, permet

de comprendre l'existence de ces différents degrés de réaction générale au cours des pyonéphroses ; le syndrome infectieux n'est en effet qu'un reflet de l'infection initiale, locale ou générale, qui, elle-même, peut-être aiguë, subaiguë ou fruste.

OBSERVATION I (Inédite)

(MM. A. BERGÉ, *médecin de l'Hôpital Broussais*
et L. HUFNAGEL, *interne des Hôpitaux*).

Le malade, gardien de la paix, entre à l'hôpital pour une constipation opiniâtre. Rien de particulier dans ses antécédents, sauf une grippe de moyenne intensité en octobre 1918. Dit avoir été toujours sujet à la constipation depuis des années.

La maladie aurait débuté en novembre 1919, par une douleur lombaire avec irradiation du côté de l'aîne gauche. La douleur a été vive et a duré une dizaine de jours. Déjà, à ce moment, le malade allait difficilement à la selle, c'est-à-dire peu abondamment chaque jour, et il sentait son « ventre gonflé ». Il y a trois semaines environ, a remarqué lui-même que ses matières étaient demi-molles et effilées. Depuis le 15 janvier, dit qu'il ne va plus à la selle que tous les deux ou trois jours. N'a jamais remarqué ni peaux, ni mucosités, ni sang dans ses matières. Depuis deux mois mangé peu, seulement des bouillies et de la soupe. Se purgeait régulièrement avec des tisanes laxatives. Il y a huit jours environ, le malade a été vu dans un état de constipation complète durant depuis cinq jours. Le ventre était tendu et douloureux, la langue saburrale, perte complète d'appétit. Pas d'arrêt des gaz. On lui a ordonné 20 grammes d'huile de ricin et une cuillerée à soupe d'huile d'olives toutes les demi-heures environ. Diète absolue. Aidé de quelques lavements, le malade a rendu un

peu de matières. Rien au toucher rectal. L'aspect général du malade est bon. Aucun symptôme apparent. A l'examen, on trouve une tumeur abdominale, mate à la percussion, qui fait un peu relief à la vue, rendant le côté gauche du ventre un peu plus saillant que le droit. La tumeur paraît occuper la région ombilicale et surtout la moitié gauche du ventre, et cependant, elle n'a pas de contours précis. Elle est vaguement globuleuse. La palpation profonde est un peu sensible. Jamais de vomissements. Pas de douleurs spontanées. Le malade a un peu maigri. La fosse iliaque droite est remarquablement souple, libre, dépressible, de même que la région épigastrique. La tumeur n'a pas de contact lombaire. Le malade dit que lorsqu'il a des gaz, il les « sent gargouiller » et quand ils passent vers la région de l'S iliaque, il éprouve une douleur un peu vive. Après les repas, autrefois, il souffrait au bout d'une heure ou deux.

La radioscopie, à laquelle on a procédé le 21 février, après avoir fait ingérer au malade, la veille au soir, 120 grammes de sulfate de baryte, a montré :

1° Que la coupole diaphragmatique était à gauche au même niveau qu'à droite ;

2° Qu'il y avait une zone opaque, juxta-ombilicale, sombre au centre, à peu près partout entourée d'une zone claire ;

3° Qu'il y avait un arrêt complet de masses fécales accumulées en chapelets monoliformes dans le cæcum, le colon ascendant et presque tout le colon transverse. Cet arrêt paraît se faire un peu en dedans de l'angle gauche du colon. Il y a transparence complète sur tout le trajet du colon descendant et de l'S iliaque.

On fait prendre au malade, séance tenante, un grand verre de sulfate de baryte, pour dessiner l'estomac. On constate que celui-ci est déplacé considérablement vers le haut et à droite, tendant à devenir horizontal au-dessus de la masse péri-ombilicale opaque. D'ailleurs, une pression forte, exercée au niveau de la masse opaque péri-ombilicale, refoule manifestement l'estomac vers le haut.

L'absence de rétrodilatation du colon transverse, du colon ascendant et du cæcum, milite en faveur d'une simple compression par tumeur, compression que l'effort intestinal en fin de compte, arrivait toujours à vaincre jusqu'ici ; s'il s'agissait d'un rétrécissement permanent et progressif du gros intestin, il se serait établi nécessairement une rétrostase avec dilatation considérable.

L'examen clinique et la radioscopie faisaient ainsi orienter le diagnostic vers une tumeur extrinsèque comprimant l'intestin. La forme un peu arrondie de la tumeur, son siège paramédian, ont fait penser à une tumeur liquide, un kyste par exemple.

Intervention chirurgicale. — Laparatomie. Incision oblique de la paroi abdominale avec débridement supérieur. On tombe sur une tumeur liquide de la dimension d'une tête de fœtus, un peu irrégulière, située derrière le méso-colon descendant. La tumeur est extrêmement difficile à décoller. Elle adhère à toutes les régions voisines. Rupture de la partie kystique ; le liquide est de couleur rousse, jaunâtre, d'odeur fétide, presque fécaloïde. La tumeur adhère à sa partie supérieure au rein gauche, qui la coiffe en cimier de casque. Le rein est tout entier transformé en cavités, quelques-unes très volumineuses, résultat de la dilatation des calices remplis par quatre calculs, gros, irréguliers, coralliformes, de la dimension d'un pouce chacun.

La poche a une paroi lardacée par place, épaisse de plus d'un centimètre ; la surface interne est rugueuse et ecchymotique, constituée manifestement en partie du parenchyme rénal étiré et probablement aussi du bassin distendu ; l'épaisseur de la paroi est encore augmentée par la périnéphrite sclérolipomateuse très intense. Rien d'anormal aux uretères, en particulier au gauche.

Il s'agit donc en somme d'un rein calculeux, à très gros calculs intra-rénaux, coralliformes, avec uronéphrose à liquide pseudo-purulent fétide.

L'observation que nous rapportons nous a paru intéressante à double titre :

Il s'agit là, tout d'abord, d'un exemple d'une lithiase rénale avec gros calculs, ayant évolué pendant probablement très longtemps d'une façon latente et ayant abouti enfin à une uronéphrose.

Celle-ci, d'autre part, malgré son grand volume, et peut-être à cause de lui, a donné les signes cliniques d'une tumeur abdominale, et non d'une tumeur rénale.

L'infection secondaire, enfin, qu'a subi cette uronéphrose s'est produite sans bruit, car, ni la température, ni l'état général, n'ont jamais présenté quoi que ce soit de suspect.

La symptomatologie clinique de cette grosse uronéphrose calculeuse se résume en deux signes : tumeur abdominale et obstruction intestinale chronique.

OBSERVATION II

*Cas de pyonéphrose observé à l'Hôpital Lariboisière
dans le service du Dr PEYROT*

*(SOULIGOUX et FOSSARD, Bulletin de la Société Anatomique
de Paris, août 1900)*

Georges G..., âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, est admis d'urgence à l'hôpital par l'un de nous, dans l'après-midi du 19 juillet 1900. Son médecin nous l'adresse avec le diagnostic : obstruction intestinale.

Ce jeune homme de moyenne taille, assez bien musclé, aux

facies un peu anémié, nous raconte que la veille au soir, 18 juillet, vers 7 heures, descendant à la cave, il a ressenti subitement dans la fosse iliaque gauche et le flanc correspondant, une douleur très violente. Il n'a rien remarqué d'anormal les jours précédents ; toujours bien portant habituellement, il n'a contracté aucune maladie avant son entrée à l'hôpital. Pas de blennorrhagie. Un peu de constipation habituelle ; n'est pas allé à la selle depuis quatre jours. On se contente d'appliquer sur la fosse iliaque gauche des cataplasmes laudanisés, mais le jeudi matin 19 juillet, la douleur s'est accrue, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Nous passons à l'examen du ventre : le ballonnement est prononcé, la palpation de la fosse iliaque droite ne détermine aucune douleur ; au contraire, celle de la fosse iliaque gauche et du flanc correspondant, arrache au malade des cris. Le ballonnement empêche de rien sentir à ce niveau. Température axillaire 39°,2. Quelques nausées. On se contente de placer le malade en observation salle Nélaton, lit n° 6. Diète lactée, glace sur le ventre.

20 juillet : Température, matin 38°,6 ; soir 39°,4.

Les urines présentent un aspect trouble.

La douleur est prononcée plus en arrière, au niveau de l'échancrure ilio-costo-lombaire.

La constipation est toujours intense.

21 et 22 juillet : Température, matin 37°,6 ; soir 39°,3.

Les urines laissent déposer au fond du bocal une assez grande quantité de pus. On les fait analyser. La portion d'urine qui surnage reste toujours trouble avec une teinte un peu rougeâtre.

Le malade va à la selle sous l'influence d'un lavement glyciné. On pense alors à une pyonéphrose en voie d'évolution et cependant la palpation bimanuelle ne permet pas de sentir nettement l'augmentation de volume du rein.

23 juillet : Toujours température à exacerbation vespérale : 37° le matin, 38° le soir.

L'examen des urines révèle la présence d'un peu de sang, de pus assez abondant et de 4 gr. 50 d'albumine par litre.

24 juillet : Température 37°.

Urines : dépôt abondant de pus au fond du bocal (presque le quart). Trouble de l'urine qui surnage.

Par la palpation bimanuelle lombo-abdominale, on arrive à saisir entre les deux mains une masse lisse semblant fluctuante. Si la main lombaire repousse légèrement et brusquement la tumeur au-devant de la main antérieure, on obtient le ballotement rénal. A la percussion, on obtient un peu de sonorité en avant de la tumeur.

M. SOULIGOUX porte le diagnostic de pyonéphrose.

25 juillet : Température 37°.

Le malade éprouve moins de douleurs, mais son état général s'altère.

26 juillet : Brusquement température : matin 39°,6 ; soir 38°.

27, 28 et 29 juillet : Grandes oscillations. Le soir, température 40°, matin 38°. Les violentes douleurs de la région rénale gauche empêchent de dormir le malade qui se cachectise. On perçoit de mieux en mieux l'augmentation de volume du rein à la palpation bimanuelle. Urines toujours rouges et purulentes.

30 juillet : Température 38°.

31 juillet : Température 37°. On se trouve évidemment en présence de *crises de rétention avec débâcles purulentes*.

Le malade maigrit de plus en plus, aussi M. SOULIGOUX se décide-t-il à intervenir le 31 juillet.

Opération : Anesthésie au chloroforme. Pendant le sommeil, en palpant avant d'intervenir, on sent très distinctement la fluctuation. Décubitus latéral sur le côté sain, c'est-à-dire le côté droit.

Incision classique oblique lombo-iliaque (11^e côte à la crête iliaque). Les parties molles rapidement sectionnées, on tombe sur une tumeur rénale bilobée volumineuse, s'étendant du diaphragme à la moitié de la fosse iliaque gauche. On essaie

de la délimiter avec les doigts, mais adhérences très nombreuses avec tous les organes du voisinage. On se décide à la ponctionner avec le trocart, des compresses stériles circonscrivant la tumeur.

Il s'écoule un pus jaunâtre, teinté par du sang, d'odeur un peu fétide : on en recueille dans une pipette stérilisée, préalablement flambée. La quantité évacuée peut s'évaluer à presque un litre. La décortication de la tumeur est alors rendue plus facile malgré les nombreuses adhérences qui saignent.

La poche rénale est enfin extirpée. Elle se compose de deux parties bien distinctes, sur chacune desquelles vient aboutir très nettement un uretère.

Ainsi qu'on peut le constater, la partie inférieure de cette tumeur globuleuse ($2/3$ de la poche) est grisâtre, creusée de cavités séparées par des cloisons, dernier vestige des « colonnes de Bertin ». Ces loges, de dimensions variables, représentant des calices dilatés, communiquent entre elles par une cavité centrale, correspondant au bassinnet, car l'uretère inférieur y aboutit ; leur surface interne est tomentueuse, la consistance est assez ferme. On retrouve, en un mot, cet aspect un peu spécial que la combinaison des processus destructifs et adhésifs de la substance rénale donne aux poches de pyonéphrose.

La partie supérieure de la tumeur ($1/3$ de la poche) est complètement différente d'aspect : là, le tissu rénal existe, mais il est pâle, gris terne ; il ne saigne pas à la section du bistouri ; il est évidemment malade ; l'uretère supérieur y aboutit et on constate à la surface de la substance corticale, quelques petits points jaunâtres de dimensions variables.

On se met en mesure de procéder à la ligature du pédicule du rein. Entre les deux uretères, gangue vasculaire répondant au hile : ligature de ces vaisseaux atrophiés à la soie ; ligature, puis section des deux uretères.

Extirpation du rein malade.

Deux plans profonds de suture au catgut pour les parties molles. Suture de la peau au crin de Florence. Large drainage par tube de caoutchouc. Lavage de la vessie à la fin de l'opé-

ration avec de l'eau boriquée. Un litre de sérum artificiel en injections sous-cutanées. Température le soir : 37°,3.

1^{er} août : Matin 37° ; soir 38°.

Sérum artificiel. Injection de morphine.

2 et 3 août : Les suites opératoires sont excellentes. La température oscille entre 37° et 37°,6.

Les urines sont maintenant claires, non sanglantes ; plus de dépôt.

4 août : On retire le drain, on le nettoie ; la plaie a très bon aspect.

10 août : On coupe les fils superficiels ; le drain est raccourci. Température 37°. Le malade s'alimente, reprend des forces.

12 août : On supprime la mèche de gaze stérilisée qui remplaçait le drain. Le malade est convalescent.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par M. MILIAN a révélé surtout l'existence de staphylocoques et de *Coli*.

OBSERVATION III (DARTIGUES)

(*Presse médicale*, 1898, p. 343)

Pyonéphrose d'un rein ectopié dans l'épaisseur du mésentère
Absence de cystite. Infection du rein par voie sanguine

Femme âgée de 55 ans. caissière, entrée le 4 août, dans le service de M. PICQUÉ (Hôpital Dubois).

Comme antécédents héréditaires, mère âgée de 84 ans. Pas de tumeur chez aucun de ses parents. Comme antécédents personnels, fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. A l'âge de 15 ans, apparition d'une « tumeur au milieu des intestins » aurait dit MARJOLIN, qui l'examina ; cependant cette tumeur paraît avoir d'abord siégé à droite, puisque c'est dans cette région que se

trouvaient les traces de cautères et d'incisions. La malade serait restée cinq ans au lit pour cette affection siégeant dans le flanc droit.

Réglée très tardivement, à 24 ans, et, depuis, d'une façon régulière, mais peu abondante. Elle n'a pas eu de ménorragies, ni de métrorragies. Six grossesses sans aucune particularité. Pas de dystocie. Pas de fausses couches.

Etat actuel. — Bien portante il y a quinze jours. A ce moment, une douleur se manifeste dans le flanc droit, au niveau de la région atteinte 35 ans auparavant et qui nécessita son séjour au lit pendant 5 ans. Cette douleur s'accroît et devient de plus en plus vive.

Parallèlement, apparition d'une tumeur au même endroit, tumeur qui grossit en même temps que les douleurs s'accusent de plus en plus. Constipation accentuée, mais pas absolue. Vomissements abondants et répétés, qui ont été même verdâtres à un moment donné, vomissements qui cessent le matin du jour où la malade est entrée dans le service de M. PICQUÉ.

Oligurie, pas anurie complète pendant les deux premiers jours où la malade a commencé à souffrir. La malade n'a eu aucun trouble du côté de l'appareil biliaire, ni coliques hépatiques, ni urticaire, ni ictère ; cependant, dégoût assez accusé pour les matières grasses. Du côté de l'appareil urinaire, pas de colique néphrétique antérieure, pas de symptômes d'hydro-néphrose intermittente, pas d'hématuries. Rien du côté du tube digestif, du système génital. Rien au poulmon et au cœur.

Examen physique. — *Inspection.* — Paroi abdominale soulevée nettement au niveau du flanc droit, voussure nettement appréciable au niveau d'anciennes cicatrices de cautère déjà mentionnées. A la lumière oblique, cette saillie s'élève et s'abaisse avec les mouvements du diaphragme ; son bord inférieur paraît être à deux travers de doigt audessus de l'« arcade de Fallope ». Pas de rougeur de la peau.

Palpation. — Tumeur nettement appréciable, du volume des deux poings, lisse, arrondie, nettement fluctuante, bien limitée. La tumeur glisse sous la paroi abdominale ; elle est mobile légèrement de haut en bas et un peu transversalement ; en haut, elle paraît se continuer avec le foie. Pas de pulsations. Le reste de l'abdomen est très souple.

Percussion. — Matité au niveau de cette tumeur, qui, en haut, se continue avec celle du foie abaissé ; mais la portion comprise entre la partie la plus nettement perceptible de la tumeur et le foie, c'est-à-dire la zone de l'hypocondre, est plutôt submate. Il existe une zone de sonorité entre l'Arcade de Fallope et le fond de la tumeur. Pas d'ascite.

Toucher vaginal. — Col utérin presque disparu, utérus en rétroversion. La tumeur, en pressant sur l'abdomen, ne descend pas au contact du doigt vaginal. La manœuvre inverse, le soulèvement en haut de la tumeur, n'arrive pas à faire bouger l'utérus par traction du ligament large droit où la tumeur pourrait avoir des connexions. Donc, indépendance de la tumeur examinée, avec l'appareil génital annexiel en particulier.

Toucher rectal. — Confirme les données du toucher vaginal et les précise en même temps qu'il fait constater l'absence de lésions du côté du rectum. Au moment où la malade est examinée, elle a un grand frisson qui dure depuis plusieurs heures, un pouls petit, filiforme, une température de 39°. Quoique constipée, elle rend des gaz. Les vomissements ont cessé depuis le matin. Examen fait à 11 heures du soir ; l'intervention, urgente est remise au lendemain matin, où l'examen physique est repris et où l'on observe seulement comme changement une matité moindre au niveau de la tumeur ; il semble que les intestins soient au-devant d'elle.

Diagnostic. — En somme, la malade présentait les symptômes généraux suivants : douleur de la région de l'hypocondre et du flanc droit, avec vomissements répétés et température

de 39°, dégoût spécial qu'elle dit avoir pour les substances grasses, joints aux signes physiques : tumeur arrondie, lisse, fluctuante, paraissant se continuer avec le foie et suivant les mouvements d'élévation ou d'abaissement du diaphragme, de plus, indépendante de l'appareil annexiel génital. En conséquence, le diagnostic de kyste hydatique suppuré du foie, variété antéro-inférieure fut porté, après avoir éliminé : la cholécystite suppurée (pas d'antécédents hépatiques, coliques, ictère, pas de collision calculeuse par la palpation) ; le kyste de l'ovaire à pédicule tordu (pas de signe d'hémorragie interne, pas de symptômes fonctionnels génitaux, indépendance de la tumeur constatée par l'exploration gynécologique) ; l'hydronéphrose dans un rein mobile (oligurie des deux premiers jours, il est vrai, mais pas de crise urinaire, ballottement rénal pas appréciable, *pas d'antécédents urinaires*) ; le kyste du mésentère (cependant la tumeur s'était montrée à l'âge de 15 ans, selon la malade, et MARJOLIN avait même dit qu'elle était « au milieu des intestins »).

Opération. — Laparatomie latérale droite qui permet de constater que la tumeur n'appartient ni au foie, ni au rein. Les anses intestinales sont au-devant de la tumeur. Il s'agit probablement d'un kyste du mésentère.

On suture alors rapidement la plaie latérale et on fait, pour mieux atteindre ce kyste, la laparatomie médiane ; les anses intestinales sont écartées et permettent de voir la tumeur incluse dans le mésentère. On effondre les feuillets du mésentère et on ponctionne le kyste avec l'appareil Potain ; le liquide sort blanc grisâtre, environ un litre. On pose un champ sur l'ouverture du trocart retiré.

On cherche alors à énucléer la tumeur, mais les parois en sont friables ; il y a une légère effusion de liquide dans l'abdomen garni cependant soigneusement de compresses. M. PICQUÉ parvient néanmoins à faire l'ablation totale du kyste ; mais, à ce moment, survient une hémorragie assez abondante que l'on maîtrise par un tamponnement, avec de longues pin-

ces tenant des compresses. On met ensuite un « Mikulicz » s'enfonçant au niveau de l'espace laissé vide par l'extraction du kyste et bourré de longues mèches iodoformées. Suture abdominale. La malade est morte le lendemain de l'opération ; la nécropsie n'a pas été pratiquée.

Examen des pièces. — A l'examen macroscopique, le kyste a le volume des deux poings fermés. Ses parois, d'épaisseur variable, ont quatre centimètres en certains points, deux centimètres en d'autres. Cette poche est irrégulière par places et bosselée. L'examen de sa cavité montre qu'elle est multiloculaire, non par brides, adhérences ou cloisons, mais par ectasie de certaines parties de la paroi, à la façon d'une vessie à colonnes. La surface interne est lisse, pas villeuse, ni tomenteuse, rougeâtre. Le liquide, un litre environ, d'odeur fétide, a un aspect séro-purulent, un peu verdâtre ; il contient quelques grumeaux, pas de membranes.

L'examen histologique a été pratiqué par M. MACÉ. Le pus n'a pu être examiné parce qu'il a été reçu dans un récipient non stérilisé ; l'examen de la paroi du kyste ne peut permettre d'en reconnaître le revêtement épithélial. A la partie périphérique de la masse, une portion de couleur jaune clair prélevée a montré que c'était du parenchyme rénal. Les tubes sont très nets et les glomérules de Malpighi se font remarquer par leur volume. C'est donc une poche d'hydronéphrose à contenu purulent.

OBSERVATION IV

(Communication faite par M. A. MIGNON à la séance
du 27 janvier 1904, de la Société de chirurgie)

Uropyonéphrose à forme suraiguë et siégeant dans le flanc droit

Th..., âgé de 22 ans, faisait depuis huit mois régulièrement son service militaire et n'avait jamais été malade, lorsqu'il a

commencé à ressentir le 22 juillet 1902, quelques petites douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, douleurs qui revenaient chaque soir après le dîner. Le malaise était si léger que Th... ne jugea pas à propos de se présenter au médecin de son corps.

Le 27 août, la douleur devint subitement très aiguë, au point que le malade s'évanouit en allant aux cabinets. Ce fut le début d'un ensemble de symptômes qui vont faire mettre en cause l'appendice : douleurs spontanées, vives au-dessus de l'arcade crurale droite ; voussure iliaque ; défense marquée de la paroi abdominale au moindre contact des téguments ; température oscillant entre 39 et 40° ; pas de vomissements, ni de diarrhée. *Rien de particulier du côté des urines.*

Le 1^{er} septembre, le médecin traitant constate que la tuméfaction s'étend à tout le côté droit de l'abdomen. Il fait l'incision classique de l'abcès appendiculaire et n'explore pas la cavité de la poche purulente ; il se borne à la drainer.

L'écoulement n'a pas été très abondant pendant les cinq premiers jours ; mais sa quantité devint tellement grande dans la suite que le malade était « noyé dans son lit », suivant son expression. Il fallait changer les alèzes plusieurs fois par jour.

Le 10 octobre, une odeur particulière du pansement fit soupçonner la présence de l'urine dans la sécrétion purulente et une analyse chimique confirma cette précision. On draina alors la plaie abdominale avec un tube assez long pour recueillir dans un vase le liquide secrété.

Th..., resta ainsi à l'hôpital de province où il avait été opéré jusqu'au milieu du mois de mars 1903. Il entra alors au Val-de-Grâce. Son état général était satisfaisant, encore qu'il eût l'apparence d'un convalescent : figure pâle, traits tirés, corps amaigri. Mais pas de fièvre, bon appétit et bon sommeil.

Il était porteur en permanence d'un long tube à drainage plongeant dans l'abdomen à hauteur de l'ombilic, sur le bord externe du muscle grand droit, du côté droit, et par où s'écoulait dans un urinal de l'urine trouble.

Le bulletin d'évacuation du malade mentionnait que la fistule urinaire abdominale était consécutive à une lésion de l'uretère survenue au cours d'une péritonite appendiculaire. Cette hypothèse ne me satisfaisait pas beaucoup, parce que l'uretère ne se laisse pas facilement ulcérer par les inflammations de voisinage. Je songeais à une suppuration méconnue du rein. La palpation de la région lombo-iliaque laissait en effet percevoir une induration profonde ; mais comme je ne pouvais pas interpréter cette induration, je ne me crus pas autorisé à faire un diagnostic rétrospectif.

Je me suis attaché à l'examen des urines du malade. Il était évident qu'il émettait toute l'urine du rein droit par la fistule abdominale et le tube de drainage, et l'urine du rein gauche par la vessie, puisque l'urine droite était laiteuse et l'urine gauche claire. Nous avons donc là une division très nette de la sécrétion des deux reins. Il y avait exactement la même quantité d'urine émise des deux côtés, soit 1.000 grammes, en tout 2.000 grammes. Les deux urines ont été examinées au point de vue chimique, histologique et bactériologique et les deux reins ont été soumis aux épreuves du bleu de méthylène et de la phlorizine.

Urine du rein droit. — Aspect trouble et laiteux ; réaction alcaline ; densité : 1.010 à 1.012 ; urée = 8 à 11 grammes ; acide urique = 0 gr. 12 à 0 gr. 40 ; acide phosphorique = 0 gr. 72 à 0 gr. 75 ; chlorure de sodium = 7 gr. 50 ; albumine = 1 gr. 50 à 3 grammes. Cellules de pus mono ou polynucléées, prenant facilement la coloration ; cellules plates de l'endothélium des calices, allongées, irrégulières ou polygonales, granuleuses et mal colorables, dont la chromatine des noyaux se laisse mal imprégner par les colorants nucléaires, quelques microcoques en courtes chaînettes qui n'ont pas été retrouvés par la culture ; microbes de la putréfaction ; pas de colibacilles ; pas de staphylocoques (Prof^r VINCENT).

Urine du rein gauche. — Aspect jaune, ambré, normal ; réaction acide ; densité 1.020 à 1.025 ; urée = 20 à 26 gr. ;

acide urique = 0 gr. 60 à 0 gr. 62 ; acide phosphorique = 1 gr. 10 à 1 gr. 80 ; chlorure de sodium = 12 gr. ; albumine = 0.

Perméabilité du rein droit. — Après une injection d'un centigramme de la solution de bleu de méthylène à 1/40, c'est-à-dire après l'injection de 25 milligrammes de bleu et le malade étant couché, l'élimination du bleu par le rein droit a commencé trois heures plus tard qu'à gauche, n'a duré qu'un jour et a été réduite à deux milligrammes, tandis que le rein gauche a éliminé 16^{mm},25.

L'injection sous-cutanée de 5 milligrammes de phlorizine a fait passer, pendant 6 heures seulement, 0 gr. 222 de sucre, alors que l'urine du rein gauche en contenait dans le même temps 1 gr. 017.

D'autre part, la quantité d'eau éliminée par le rein droit a été un peu inférieure à celle du rein gauche, le malade étant debout. Dans une épreuve faite le malade étant couché, le rein droit a éliminé 850 grammes contre 1.100 à gauche, dans les 24 heures.

Exploration du rein gauche. — A l'exploration de la fosse lombaire gauche, le rein n'était ni volumineux ni douloureux.

Ces recherches nous ont amené à la double conclusion que le rein gauche de notre malade était sain et que le rein droit était profondément altéré surtout dans ses épithéliums. J'étais donc en droit de dire au malade que je lui enlèverais le rein droit si, au cours de l'opération qu'il me demandait pour guérir sa fistule urinaire, je croyais ne pouvoir rien faire de mieux que la néphrectomie.

C'est donc avec le projet d'explorer d'abord l'uretère et le rein et de régler mon intervention sur l'état des organes urinaires que je commençai l'intervention le 19 mai dernier.

Je fis l'incision lombaire oblique coudée pour pénétrer facilement dans l'espace costo-iliaque qui était très étroit et je trouvai toute la fosse lombaire occupée par le rein. Son bord convexe était allongé en bandelette entre la dernière côte

et l'os coxal. Je voulus me rendre compte de ses limites exactes, mais : impossible ; des adhérences nombreuses et résistantes m'en défendaient l'accès. Cependant, après quelques efforts, je reconnus que l'extrémité inférieure du rein descendait dans la fosse iliaque et que son extrémité supérieure remontait bien au-delà du bord inférieur de la dernière côte. La face antérieure collait au péritoine et la face postérieure était fixée dans la région lombaire. En voulant libérer cette dernière face, mon doigt pénétra dans une grande cavité qui me sembla un bassin dilaté. Le diagnostic était établi. J'avais affaire à une hydronéphrose. Il fallait faire la néphrectomie. Je divisai le rein et le bassin transversalement au-dessus de la fosse iliaque et je libérai successivement les deux parties. La libération de la partie supérieure m'amena sur le pédicule vasculaire qui était très grêle et que j'ai pu saisir avec une pince à forcipressure ordinaire. Je rencontrai aussi un petit uretère flanqué sur la paroi interne de la poche, mais que les adhérences m'empêchèrent de disséquer et de suivre. La libération de la partie inférieure fut plus difficile que la précédente parce qu'elle plongeait très loin dans la fosse iliaque et venait adhérer à la paroi abdominale antérieure. Je ne pus même pas l'atteindre jusqu'au bout ; je dus mettre un fil sur la corne antéro-inférieure de la poche et exciser celle-ci au-dessus du fil.

Je dois dire que l'opération a été très laborieuse en raison des adhérences généralisées que présentait la poche hydronéphrotique. Elle a duré deux heures, mais j'ai eu la satisfaction de la terminer sans accident.

Bien entendu, je n'ai fermé qu'incomplètement la plaie et j'ai largement drainé la fosse lombaire. J'ai laissé un tube dans le trajet fistulaire antérieur.

La cicatrisation s'est faite régulièrement ; elle était complète en arrière à la fin de juin et la fistule antérieure s'est fermée le 11 juillet.

L'observation du malade ne s'arrête pas là : après la guérison de l'opération de la néphrectomie, des phénomènes nou-

veaux se sont présentés qui ont éclairé la pathogénie de l'uro-pyonephrose droite. Les urines des 6 premiers jours ont été troubles, couleur orangée, avec quelques globules sanguins et un dépôt blanchâtre assez abondant. L'émission était d'un litre par jour. Plus tard, la diurèse fut de 2.000 à 2.500 grammes par jour. En même temps le liquide s'éclaircissait et devenait pâle, tout en restant chargé de mucus et du même dépôt blanchâtre que l'analyse plusieurs fois répétée a montré être composé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Le rein gauche s'est hypertrophié au point de déborder la 12^e côte de trois travers de doigt et de fixer par son état l'attention du malade et la nôtre. Il est de temps à autre le siège de poussées congestives qui le rendent spontanément douloureux et tellement sensible à la pression que le passage de la main dans la région lombaire détermine une contracture de défense des muscles abdominaux. A chaque crise rénale le dépôt phosphatique augmente dans les urines.

Mais il y a plus ; les douleurs rénales sont concomitantes de congestions de la prostate qui se traduisent par des cuissons dans l'urètre, un retard dans la miction, une gêne dans la défécation et écoulement urétral laissant sur la chemise de larges taches d'un jaune foncé, épaisses, bien circonscrites. J'ai fait examiner au point de vue histologique et bactériologique le liquide urétral et voici la note qui m'a été remise :

« Le liquide renferme une très grande quantité de cellules de pus, des cellules épithéliales du canal de l'urètre et quelques rares petites cellules épithéliales venant vraisemblablement des culs-de-sac glandulaires de la prostate. Il n'y a point de globules sanguins, pas de cylindres, soit épithéliaux, soit glanduleux. Les microbes rencontrés appartiennent à des espèces saprophytiques ; ce sont des cocci le plus souvent isolés ou des bâtonnets présentant les caractères morphologiques et la coloration du Coli. Il n'y a ni gonocoques, ni bacilles de Koch.

Entre les crises douloureuses qui se reproduisent tous les

mois depuis l'opération, la région lombaire gauche resté un peu sensible, surtout le soir. La prostate est grosse et dure, mais ne donne lieu à aucune sécrétion apparente. Les mictions sont fréquentes : 12 à 14 par 24 heures, et pénibles, surtout la nuit ; les urines présentent un léger nuage et varient de 1.500 à 2.000 grammes en 24 heures. Conclusion : Th... a une prostatite chronique avec des poussées aiguës.

Si j'insiste avec autant de détails sur les troubles urinaires post-opératoires de mon malade, c'est qu'ils me semblent susceptibles, je le répète, de nous faire comprendre les accidents primitifs.

Th... portait une hydronéphrose droite congénitale et évidemment latente, puisqu'il ne s'était plaint d'aucun malaise aux médecins militaires qui l'ont examiné avant son incorporation. Cette hydronéphrose s'est brusquement infectée par une cause qu'il serait difficile de saisir si nous n'avions observé les poussées de prostatite post-opératoires dont je viens de vous parler. Il n'est pas défendu de penser que le microbe pyogène de l'hydronéphrose est parti de la prostate, bien que l'interrogatoire du malade ne nous donne aucun renseignement à cet égard. Il affirme n'avoir jamais souffert de la prostate avant l'opération. Mais ne pouvons-nous pas juger du passé par le présent, et, puisque le rein gauche devient douloureux en même temps que la prostate se tuméfie et secrète le liquide qui tache la chemise, ne sommes-nous pas en droit d'admettre que le rein droit, atteint d'une lésion congénitale, a été influencé par le trouble prostatique comme l'est aujourd'hui le rein gauche. La nature de l'inflammation de la prostate est évidemment difficile à saisir ; mais si le malade n'a pas eu de blennorrhagie, nous trouvons cependant dans les sécrétions prostatiques des germes pyogènes.

En somme, cette observation se distingue par deux faits : le siège anormal d'une poche hydronéphrotique qui était descendue dans la fosse iliaque droite, et la prostatite chronique qui a été le point de départ de l'infection de la poche hydronéphrotique.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic des pyonéphroses peut présenter de grosses difficultés, surtout en cas de pyonéphroses avec tumeur et sans symptômes urinaires.

2° Le symptôme *douleur*, même si cette douleur est de faible intensité, et surtout si elle présente des caractères de douleur rénale (siège dans les lombes, irradiation vers le pli de l'aîne) doit attirer l'attention et orienter le diagnostic vers la pyonéphrose.

L'exploration vésicale et urétérale, les rayons X, viendront alors assurer le diagnostic.

3° La tumeur des pyonéphroses ne présente nécessairement pas les caractères d'une tumeur rénale (ballotement, contact lombaire, etc...) et, en présence de toute tumeur abdominale qui n'a pas fait ses preuves, on doit soupçonner la pyonéphrose et avoir recours aux méthodes spéciales de diagnostic que nous avons citées plus haut.

4° Le syndrome infectieux, s'il ne coexiste pas avec d'autres symptômes, peut induire en erreur et tantôt

orienter, par sa gravité, vers une affection aiguë abdominale (appendicite, kyste hydatique suppuré, occlusion intestinale aiguë, etc.) ; tantôt, par son absence ne fait guère songer à la possibilité d'une lésion suppurée du rein.

Vu : *Le Président de la thèse :*

P LETULLE

Vu : *Le Doyen :*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et RENANT. Sur les rapports du *Bactérium coli* et du *Bactérium pyogènes* des infections urinaires. *Soc. de Biologie*, 22 déc, 1891.

ALBARRAN. *Etude sur le rein des urinaires*. Thèse, Paris, 1889.

— *Infection descendante du rein*. Art. : *Reins*, in traité de LE DENTU et DELBET.

— *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 243.

BAZY. *Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires*. Thèse, Paris, 1880.

— Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyélo-néphrites suppurées. *Soc. de chir.*, Paris, mars 1896.

— Des cystites par infection descendante. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 815.

BONNEAU, AUG. *De la compression des uretères par l'urétus gravide et des pyonéphroses consécutives*. Thèse, Paris 1893.

TABLE

Contribution à l'étude clinique des Pyonéphroses	9
Historique	11
Symptomatique	15
Observation I (Inédite)	22
— II	25
— III (DARTIGUES)	29
— IV	33
Conclusion	41
Bibliographie	43
